



# الوصمة الشخصية لاضطرابات طيف الفصام: مراجعه منهجية لمعدلات الانتشار، العوامل المرتبطة، التأثير، والتدخلات

GABRIEL GERLINGER<sup>1</sup>, MARTA HAUSER<sup>2,3</sup>, MARC DE HERT<sup>4</sup>, KATHLEEN LACLUYSE<sup>4</sup>, MARTIEN WAMPERS<sup>4</sup>, CHRISTOPH U. CORRELL<sup>2,5-7</sup>

<sup>1</sup>Institute of Medical Psychology, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; <sup>2</sup>Zucker Hillside Hospital, Psychiatry Research, North Shore - Long Island Jewish Health System, Glen Oaks, New York, NY, USA; <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; <sup>4</sup>University Psychiatric Center campus Kortenberg, Catholic University Leuven, Kortenberg, Belgium; <sup>5</sup>Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, NY, USA; <sup>6</sup>Hofstra North Shore LIJ School of Medicine, Hempstead, NY, USA; <sup>7</sup>Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, New York, NY, USA

لقد تولت مجلة البايبيد ميدلين (PubMed Midline) المنهجية الإلكترونية، وهي موقع قاعدة بيانات البحوث العلمية، تقديم نسبة انتشار الوصمة الشخصية وعوامل ارتباطها وتأثيراتها (مثلاً الوصمة المتصورة، والمدركة وأيضاً الوصمة الذاتية) لدى المرضى الذين يعانون من طيف اضطراب الفصام. وقد أشارت 23 دراسة (42.6%) من أصل 54 (n=5.871)، تم نشرها من 1994 إلى 2001، إلى معدلات الانتشار، بينما أشارت 44 (81.5%) دراسة إلى عوامل الارتباط أو نتائج إدراك الوصمة أو الوصمة الذاتية. وقد تم العثور على دراستين فقط عن تدخلات الوصمة الذاتية، بمتوسط 64.5% (معدل 45.0–80.0%) من المرضى الذين عانوا من الوصمة، أختبر 55.9% (معدل 22.5–96.0%) منهم الوصمة، وأختبر 49.2% (معدل 27.9–77.0%) العزلة (أي أنهم يشعرون بالخل) وهذه أشهر جوانب الوصمة الذاتية. وبالرغم من أن الاختلافات الديمغرافية الاجتماعية ترتبط بشكل هامشي بالوصمة، إلا أن المتغيرات النفسية الاجتماعية، وبصفة خاصة انخفاض جودة الحياة، أظهرت ارتباطاً كبيراً وهاماً، بينما أظهرت العوامل المرتبطة بالمرض ارتباطات متجانسة، فيما عدا القلق الاجتماعي والذي كان مرتبطاً بالوصمة الذاتية بشكل مؤكد. إن انتشار وتأثير الوصمة الذاتية على النتائج الفردية، في أطياف اضطرابات الفصام، بالأمر المميز جداً، إلا أن المقاييس والوسائل تختلف بشكل كبير. ومن ناحية أخرى، إننا نفتقد بشكل كبير الأبحاث التي تقوم على تطور الوصمة الذاتية عن طريق مسار المرض، وخاصة دراسات تقوم على بعض التدخلات المعينة، والتي لا بد من تقديمها للانتفاع من الطرق والنتائج الموحدة.

كلمات مفتاحية: الفصام، الذهان، الوصمة، الوصمة النفسية، الوصمة الذاتية، الوصمة المدركة، عوامل الارتباط

(عالم الطب النفسي 2013; 164:12–155)

يستطيع الكتاب أن يبينوا عليه، إلا أن لينك وفيلان (21) ينقدون التغيرات الكبيرة التي تمر بها تعريفات الوصمة والتي يستخدمها أفراد ينتمون إلى مدارس مختلفة، ويعيدون صياغة تعريف الوصمة بكونه تزامن التسميات والتنميط والانفصال وفقدان الحالة والتمييز.

من المصطلحات الهامة الأخرى المميزة هي تلك التي تفرق بين الوصمة العامة (أي أن يقوم العامة بالتحيز ضد الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية (22)) والوصمة الذاتية (التي تتكون من إدراك الوصمة واختبار الوصمة والوصمة النفسية). يشير إدراك أو توقع الوصمة إلى اعتقاد الناس عن سلوكيات الأفراد بصفة عامة تجاه حالتهم وتجاههم لكونهم أفراد مجموعة مُعَيَّبة (23). ويشير اختبار الوصمة إلى التحيز أو الموانع التي يتلقاها الأفراد المرضى. أخيراً، إن استيعاب الأفراد الذين يعانون من الوصمة وتبينهم لآراء نمطية أو موصومة، أي تخص الوصمة العامة، هو الأمر الذي يُشار إليه بكونه الوصمة النفسية أو الوصمة الداخلية (12). تُعرّف الوصمة النفسية أيضاً بكونها نوع من تحول الشخصية والذي قد يؤدي إلى فقدان المعتقدات (الإيجابية) عن الذات، وهو الأمر الذي يؤدي بدوره إلى نتائج سلبية للإنسان، مثل أن يكون لديه تقديرًا قليلًا للذات والقليل من الكفاءة الذاتية (24). إننا نركز في هذه المراجعة المنهجية على الكتابات التي تحتوي على معلومات عن أيه من تعريفات الوصمة الذاتية السابق ذكرها.

وبالرغم من أهمية الوصمة الذاتية، إلا أنه، وعلى حد علمنا، لم يتم نشر أي مراجعة منهجية عن هذا الموضوع حتى وقتنا هذا، وبالتالي سعينا إلى أن نستعرض انتشار الوصمة الذاتية وعوامل ارتباط والنتائج لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات أطياف الفصام، وما هو أكثر من ذلك هو أننا سعينا إلى تقييم ما إذا كانت الاختلافات الكمية أو الكيفية في الوصمة الذاتية تتواجد بشكل يعتمد على مرحلة المرض، مما يفترض أن تزيد الوصمة الذاتية مع زيادة مدة المرض واختباره. سعينا بعد ذلك إلى تقييم ما إذا كان قد تم اختبار التدخلات، وبصفة خاصة تلك التي تستهدف الوصمة الذاتية لدى مرضى اضطرابات طيف الفصام. أخيراً،

لقد كانت الأبحاث التي تقوم على الوصمة النفسية تتركز، وحتى وقت قريب، على المفاهيم الشائعة للأمراض النفسية وردود الأفعال السلبية تجاه الأفراد المرضى نفسياً والتي يُظهرها أفراد أو مجموعات مجتمعية (1–3)، وقد تم عمل مبادرات لمواجهة الوصمة وذلك لخفض السلوكيات المعيبة وأفعال التحيز للأفراد والمجتمع ككل (6,7). لكن قام الإدراك الأفضل لعملية الوصمة في العقد الماضي على تحويل الانتباه من الوصمة العامة إلى الخبرة الشخصية للأفراد الذين يشعرون بالعار، وقد قامت الأبحاث بتعريف التغيرات الداخلية الشخصية والتي بإمكانها أن تزيد أو تقلل من تأثير الوصمة على الفرد (8) وأيضاً التغيرات التي تحدث بين الأفراد والتي بإمكانها تشكيل تأثير الوصمة على النتائج المرتبطة بالصحة. لقد تزامن هذا التركيز الجديد من الاهتمام بكم كبير من الأبحاث المتعلقة بالتدخلات العلاجية، والتي تخاطب تلك الخصائص الداخلية الشخصية وخصائص العلاقات بين الأشخاص لدى الأفراد المرضى نفسياً، وهذا بهدف تقليل انتشار الوصمة وتأثيراتها السلبية (9–12).

لقد عمل اقتراح تضمن أعراض الذهان الضعيفة في الـ DSM-5 على زيادة الاهتمام بفكرة الوصمة المُحتملة لدى الأفراد الذين هم أمام خطر (13–16)، ولاسيما بالنظر إلى العدد المرتفع من الإيجابيات الخاطئة (فقط 30% من المرضى الذين يُظهرون أعراض أولية وهمية، يتطور لديهم في نهاية الأمر الذهان، وهذا في غضون العامين والنصف عام التاليين) (17–19). يعمل هذا الأمر أيضاً على طرح السؤال ما إذا كانت تتأثر المراحل المختلفة لاضطرابات طيف الفصام – أي الأعراض السريرية عالية الخطورة والنوبة الأولى من المرض المزمن – بالوصمة والوصمة الذاتية.

ولكي يتم تقييم أبحاث الوصمة، ظهر تعريف قِيم لفكرة الوصمة؛ فبين الكثير من الدراسات، يخدم اقتراح جوفمان الكلاسيكي الذي يقول بأن الوصمة هي عبارة عن سمة تعمل على تشويه سمعة المرء، وهذا الأمر يقلل من المرء الذي يعاني منها من كونه إنساناً كاملاً وعادياً إلى كونه إنساناً ملوثاً وقليل القيمة (20)، يعتبر هذا الاقتراح تعريفاً أساسياً

سعيناً إلى تقييم مظاهر قوة وعجز قاعدة الأدلة الحالية، وهذا حتى نتتمكن من تعريف الفجوات التي تحتاج إلى أن تخاطبها المزيد من الأبحاث.

## الوسائل

لقد تم تقديم مراجعة أدبية منهجية لتعريف الدراسات التي تتحدث عن انتشار وعوامل الارتباط وتأثيرات الوصمة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات طيف الفصام، وقد تولت مجلة البابميد ميدلين (PubMed Midline) المنهجية الإلكترونية، وهي موقع قاعدة بيانات البحوث العلمية، عرض المقالات التي سبق نشرها والتي قام بمراجعتها بعض الزملاء، وهذا باستخدام الكلمات المفتاحية التالية «الفصام» / «الذهان» / «بادرة الأعراض الأولية» / «المخاطر العالية» / «المخاطر السريرية العالية» / «الوصمة» / «الوصمة الذاتية»، وذلك بدون القيود الزمنية أو اللغوية بالإضافة إلى ذلك، تم عرض قوائم مرجعية للمقالات التي تم تعريفها وأيضاً قوائم مرجعية لاستعراضين عن مقياس الوصمة (16,27) وأيضاً استعراضين سرديين عن الوصمة الذاتية، وذلك لتعريف المقالات الإضافية. ولكي يتم اشتغال المقالات في هذا الاستعراض، كان لا بد أن يتوافق فيها كل معايير التضمن التالية وهي 1- أن تكون عن الوصمة الذاتية وليس عن الوصمة العامة و2- أن يكون بها تقارير منفصلة عن الكثير من العينات (>70%) التي تم تشخيصها بالفصام أو اضطرابات طيف الفصام أو النتائج الفرعية لهذا التشخيص و3- توافر معلومات كمية أو كيفية عن الانتشار وعوامل الارتباط وتأثير الوصمة الذاتية أو ما يخص التدخلات التي تخاطب الوصمة الذاتية.

وفيما يخص انتشار المعلومات، لقد قمنا بقياس النسب والمعدلات المتوسطة الخاصة بالعديد من القضايا المتضمنة في دراسة معينة، وهذا كلما أمكن الأمر. ولقد تم استخدام القليل من نسب نتائج المقياس وذلك لحساب النسب المقاسة التابعة لأبعاد الوصمة الذاتية؛ فإذا قام مقياس بقياس أكثر من مستويين («نعم» مقابل «لا»)، كنا نستخدم نسب النتائج المسجلة والتي كانت أكبر من نقطة وسط المقياس. ولم يتم تلخيص النتائج المتوسطة للمقياس، وهي أيضاً ليست مقدمة في هذه المقالة، وذلك لأنه يوجد القليل جداً من الدراسات التي تستخدم ذات المقياس أو المقياس الفرعية.

ولكي نقوم بتصنيف نتائج انتشار الوصمة المتوقعة/المُدركة والمختبرة، قمنا باستخدام إطار العمل التخلي الذي تم تنفيذه في قائمة جرد خبرات الوصمة للمرضى النفسيين (28)، والتي تتكون من الأربعة مجالات التالية وهي 1- تفاعلات بين الأشخاص و2- صورة عامة عن الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية و3- إمكانية الدخول على الأدوار الاجتماعية و4- التميز الهيكلي. ولكي نتمكن من تحديد أية نسب من المرضى لديهم وصمة متوقعة/مُدركة أو مختبرة بأي شكل من الأشكال (على الأقل في واحدة من الفئات)، تم عمل مجال واحد شامل، وذلك باستخدام المجال ذو أعلى نسبة انتشار للوصمة في كل دراسة وعينة.

ولتصنيف نتائج الوصمة النفسية، قمنا باستخدام المقياس الفرعية الخاصة بالشعور بالعزلة وتأييد الصورة النمطية (موافقة نمطية) ونقص تقدير الذات ومقاومة الوصمة التابعة لمقياس الوصمة الداخلية للأمراض النفسية (ISMI,25) والوصمة النفسية التابعة لمقياس الأمراض النفسية (SSMIS,22). يدل رفض المقياس الفرعي للوصمة على قدرة المرء على تحدي أمر استبطان الوصمة، وأنه يرتبط بشكل سلبي بكل مجالات الوصمة النفسية الأخرى. ولأن مجالات الوصمة النفسية مترابطة وتتفاعل بصورة هرمية، لم يتم عمل فئة شاملة.

## النتائج

لقد حقق البحث في «الفصام والوصمة» 377 هدفاً، والبحث في «الذهان والوصمة» 136 هدفاً، وحقق البحث في «بادرة الأعراض الأولية

والوصمة» 4 أهداف، بينما لم يحقق البحث في «المخاطر العالية والوصمة» أيه أهداف، أما البحث في «المخاطر السريرية العالية والوصمة» فقد حقق هدفين، و«الفصام والوصمة النفسية» 16 هدفاً، وحقق أيضاً البحث في «الذهان والوصمة النفسية» ستة أهداف، مما يضيف إلى الإجمالي عدد أهداف مكون من 541 هدفاً، وبعد إزالة الأمور المتكررة، تم استبقاء 457 مقالة، قُدمت باللغة الانجليزية بشكل أساسي.

وبحسب العناوين والأفكار، تم استبعاد 365 مقالة بسبب غياب الروابط، وقد ركزت أغلب هذه المقالات المستبعدة على الاتجاهات العامة والصور النمطية تجاه الأفراد الذين يعانون من اضطرابات أطياف الفصام (الوصمة العامة) أو على الحمل الذي يقع على عاتق أقارب وأفراد أسرة المريض النفسي، أو قدمت تقارير عن الاحتياج إلى مبادرات ضد الوصمة وفوائدها أيضاً والتي تركز على المرض النفسي أو الفصام. وقد قامت بعض الدراسات بمخاطبة الاحتياج إلى «إعادة تسمية» الفصام، وذلك كمحاولة لتقليل الوصمة المتعلقة به (29). لقد تم إضافة ثلاثة مقالات، وذلك بعض فحص القوائم المرجعية الإضافية، وبعد فحص 95 دراسة بالكامل، تم توافق 54 دراسة - صُدرت ما بين 1994 و2011 - مع معايير التضمن خاصتنا (انظر الشكل رقم 1).

## انتشار الوصمة الذاتية

لقد قُدم ثلاثة وعشرون منشوراً (42.6%) من أصل 54 منشوراً تم تضمينه، تقارير عن مدى انتشار الوصمة المُقدرة (n=17) أو الوصمة الذاتية (n=6)، وقُدمت 15 دراسة من بين هذه التقارير عن عوامل ارتباط الوصمة الذاتية، بينما كان تقييم الانتشار بالأمر الثانوي، وقد تراوح حجم العينة من 31 إلى 1,229 مُشاركاً (مجموع n=5,871 ومتوسط n=267)، وتراوح متوسط العمر من 24.5 (SD=6.3) إلى 54.3 (SD=16.6)، بينما تراوحت نسبة الذكور المشاركين بين 38 و71%. وقد كان أغلب المرضى خارجيين وذلك بدون التركيز بشكل خاص أو التقيد بمرحلة مرض فردية أو بشدة المرض، وبينما كان هناك الكثير من الدراسات الاستقصائية والمقابلات في عدد كبير من الدول، وصل إلى 40 دولة، إلا أنه قد تم تقييم أغلب المرضى (71.7%) في أوروبا والولايات المتحدة.

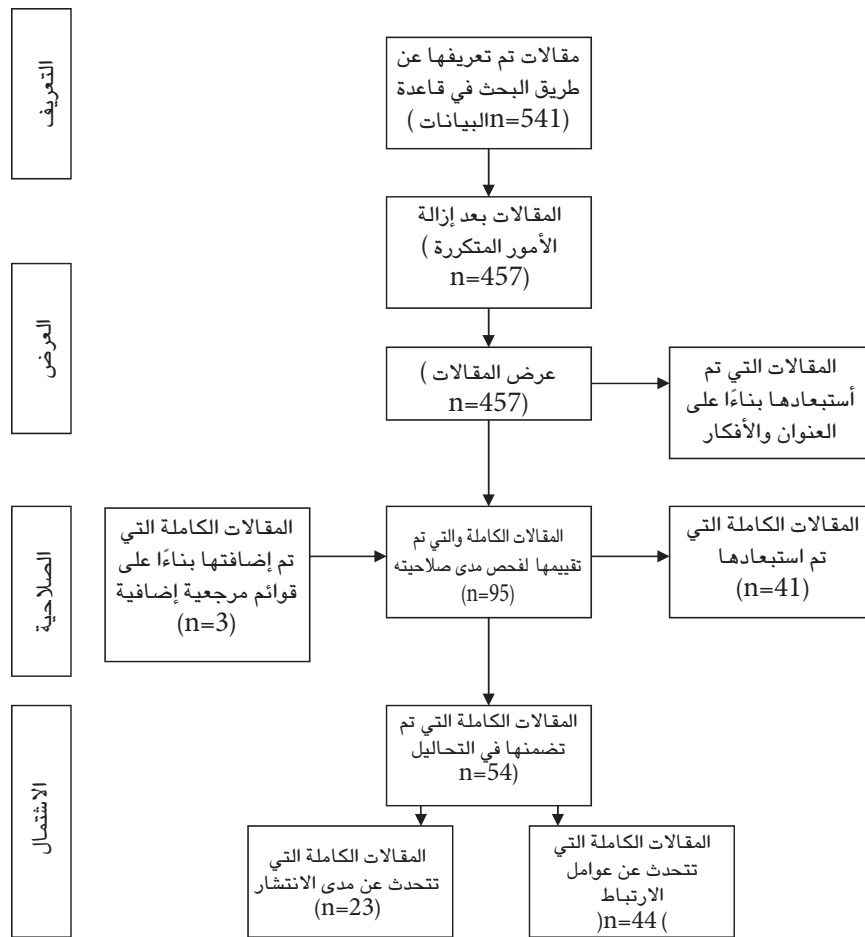
وقد تراوحت نسبة الوصمة المتوقعة/المتصورة من 33.7% في التمييز الهيكلي القائم على التأمين (28) إلى 80% في التفاعلات بين الأشخاص (30)، مع نسبة مقياسه وصلت إلى 64.5% لكل المرضى الذين يتوقعون إلحاقهم بوصمة تخص على الأقل واحد من الفئات المعطاة (انظر الجدول رقم 1).

وفيما يخص الوصمة المُختبرة، تراوحت المعدلات من 6% فيما يخص الوصمة المهيكلية (31) إلى 87% من المرضى الذين اختبروا الرفض في العلاقات بين الأفراد (31) مع نسبة مقياسه وصلت إلى 55.9% من كل المرضى الذين اختبروا الوصمة في على الأقل واحدة من السياقات المسجلة (أنظر الجدول رقم 2).

وقد سجلت نسبة مقياسه وصلت إلى 52.6% من المرضى مقاومة للوصمة، وسجل 49.2% شعور بالعزل (الخجل)، بينما سجلاً 35.2% نقص في تقدير الذات، و26.8% سجلوا تأييداً للصور النمطية (جدول رقم 3).

## عوامل الارتباط وتأثيراتها على الوصمة الذاتية

لقد قدمت أربعة وأربعون دراسة (81.5%) تقارير عن تأثير الوصمة الذاتية وعوامل الارتباط، وقامت أربعة وعشرون دراسة من بين هذه بفحص ارتباطات الوصمة المُختبرة أو المُدركة، بينما فحصت 23 دراسة الوصمة النفسية. تتميز المقالات المشتملة بتجانس خصائص وعمليات العينات، وقد تراوح حجم العينة من 35 إلى 1,229 مُشاركاً (المجموع



شكل رقم 1: عملية المراجعة

العلاج، وأيضاً على أغلب خصائص المرض، والتي منها مدة المرض (الوصمة المختبرة أو المدركة فقط) وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى والأعراض السلبية (الوصمة المختبرة أو المدركة) وأيضاً الرؤية. أخيراً، كانت المعلومات مُبهمة إلى حد ما، وذلك فيما يخص ارتباط عدد من المتغيرات بالوصمة الذاتية؛ فبالرغم من أن الفئة العمرية لم تكن مرتبطة بالوصمة المختبرة \ المدركة، إلا أن النتائج كانت تختص الوصمة الذاتية بشكل متناقض. لقد أكتشف كاردي وآخرون (34) أن الفئة العمرية العالية ترتبط بصورة سلبية بالوصمة النفسية، بينما أقرت دراسات أخرى أن الفئة العمرية العالية ترتبط بالقليل من إمكانية مقاومة الوصمة (54) وخبرات التمييز والانسحاب المرتبط بالوصمة (49). وقد أقرت خمسة دراسات من أصل ثمانية بأنه لا يوجد ارتباط بين الفئة العمرية والوصمة النفسية وأيضاً اكتشفت هذه الدراسات أن الذكور ترتبط بالوصمة النفسية في اتجاهات مُعارضة (34، 51)، وترتبط أيضاً وبشكل سلبي ببداية المرض في عمر كبير / الاحتجاز بالمستشفى بالوصمة المدركة / المختبرة، وذلك في واحدة من دراستين (48). لقد كانت الاكتشافات التي تخص الوصمة النفسية والفئة العمرية متناقضتين؛ فهناك دراسة تشير إلى ارتباط إيجابي (34) وأخرى تشير إلى ارتباط سلبي (12)، هذا بالإضافة إلى دراستين تشيران إلى عدم وجود ارتباط، وما هو أكثر من ذلك هو أن مدة المرض (فقط الوصمة النفسية) والأعراض السلبية (فقط الوصمة النفسية) والاكتئاب (فقط الوصمة النفسية) والإذعان للعلاج (فقط الوصمة المختبرة أو المدركة) والأداء الاجتماعي (فقط الوصمة المختبرة أو المدركة)، كل هذه تُظهر ارتباطاً غامضاً بجوانب الوصمة الذاتية (جدول رقم 4).

8,132 n، والمتوسط 185 n)، وتراوح متوسط الفئة العمرية من 24.5 (SD=6.3) إلى 64.7 (SD=8.7) سنة، بينما تراوحت نسبة الذكور المشاركين بين 39.7% إلى 100%، وقد مثل المشاركون الذكور في 23 دراسة أغلبية المشاركين. وقد استخدمت أغلب الدراسات استبياناً موحد التاريخ، وكان يُعين المشاركون من جميع مرافق العناية الصحية، ومن بيئات ريفية وحضرية، وأيضاً من مختلف مراحل المرض وشده. وتمت أغلب الدراسات في أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا وآسيا، بينما لم تتوافر أية معلومات من أمريكا اللاتينية أو أفريقيا. وبصورة عامة، لقد ارتبطت وبصورة عكسية التغيرات الخاصة بالوظائف النفسية ورفاه المشاركين، مثل جودة الحياة والتمكين وتقدير الذات والكفاءة الذاتية، بالوصمة الشخصية في أغلب الدراسات، وأظهرت النتائج أنه من بين كل المتغيرات السابق ذكرها، كانت جودة الحياة هي أكثر المتغيرات التي تم فحصها ووجدنا أنها تتصل وبشكل عكسي بالوصمة المختبرة \ المصورة وتتصل أيضاً بالوصمة النفسية في كل المقالات التي تخاطب هذه العلاقة. وقد تم التحدث عن الأعراض السلبية والاكتئاب (فقط الوصمة المختبرة و المدركة) وغيرها من الأمراض النفسية في العديد من الدراسات، ووجدنا أنها مرتبطة بالوصمة الذاتية في أغلب الحالات، بينما ندرت الدراسات التي تخاطب سلوكيات المرضى ومعتقداتهم وشخصياتهم، إلا أنها أنتجت ارتباطات هامة (52، 53). لقد ارتبطت الثقافة (أي إمكانية القراءة والكتابة) بالوصمة المختبرة \ المدركة وذلك فقط في الدراسة التي تقيس هذه العلاقة (52)، لكن لم ترتبط المتغيرات الديموغرافية الاجتماعية الأخرى بالوصمة المختبرة / المدركة أو بالوصمة النفسية، وقد أنطبق هذا الأمر أيضاً على أوضاع

جدول رقم 1: انتشار الوصمة المُتوقعة / المُدرّكة

الدراسة	N	الانتشار (%)
الدراسة		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	69
بيرج & راني (30)	31	80
كيشنيكي وآخرون (31)	202	58
ديكرسون وآخرون (32)	74	70
ارتوجرول & اولوج (33)	60	45
كاريدي وآخرون (34)	150	66.7
كليم وآخرون (35)	127	64
لاي وآخرون (36)	72	51
ليبي وآخرون (37)	320	69.7
مككان وآخرون (38)	81	74
تاريير وآخرون (39)	35	53.1
ثورنيكروفت وآخرون (40)	732	64
	1985	64.5
العلاقات بين الأشخاص		
الرفض		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	64.4
كيشنيكي وآخرون (31)	202	58
كليم وآخرون (35)	127	64
لاي وآخرون (36)	72	51
التجنب		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	66.3
كاريدي وآخرون (34)	150	67.7
بيرج & راني (30)	31	80
مككان وآخرون (38)	81	74
	865	63.9
الصورة العامة للمرضى النفسيين		
التغطية الإعلامية		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	66
التمثيل في الأفلام المرئية		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	66
كيشنيكي وآخرون (31)	202	41
صورة عامة		
ديكرسون وآخرون (32)	74	70
	478	56.3
الدخول على الأدوار الاجتماعية		
المهنة		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	69
بيرج & راني (30)	31	51.6
كيشنيكي وآخرون (31)	202	55
مككان وآخرون (38)	81	51.4
الشراكة		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	44.6
الصدقة		
بيرج & راني (30)	31	74.2
كيشنيكي وآخرون (31)	202	40
ثورنيكروفت وآخرون (40)	732	55
بيرج & راني (30)	31	53.3
	2244	56.8
التمييز المُهيكل		
التأمين		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	33.7
إعادة التأهيل		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	42.6
صورة عامة		
كيشنيكي وآخرون (31)	202	49
	404	43.6

للحصول على نسبة إجمالية، تم قياس القِيم المتوسطة لعدد الحالات المُستمتلة في دراسة معينة

الوصمة الشخصية كمنبأ عن النتيجة

لقد قدمت 15 دراسة (27.8%) تقارير عن معاملات انحدار الوصمة المُدرّكة / المُختبرة (6 دراسات) والوصمة النفسية (12 دراسة) كمنبئات متغيرة عن نتائج المرضى: فقد اكتشفنا أن الوصمة المُدرّكة / المُختبرة علامة على نسب اكتئاب عالية والمزيد من القلق الاجتماعي والمزيد من التكتّم والانسحاب كاستراتيجيات للمواجهة، بالإضافة إلى القليل من جودة الحياة وقلة الكفاءة الذاتية والقليل من تقدير الذات والقليل من الأداء الاجتماعي والقليل من الدعم والسيطرة. وقد أشارت الوصمة النفسية إلى المزيد من الاكتئاب والمزيد من القلق الاجتماعي والقليل من جودة الحياة والقليل من تقدير الذات والقليل من الأداء الاجتماعي، وأيضاً القليل من الأمل والأداء المهني، والقليل من التعافي والقليل من الدعم والقليل من الإذعان للعلاج (في كلا من المقاييس الفرعية الخاصة بالحضور والمشاركة) (الجدول رقم 5).

جدول رقم 2: انتشار الوصمة المُختبرة

الدراسة	N	الانتشار (%)
الدراسة		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	60
بالدوين & ماركوس (41)	86	29
بوئا وآخرون (42)	100	65
بروهان وآخرون (43)	904	69.4
كيشنيكي وآخرون (31)	202	87
تشي وآخرون (44)	306	39
ديكرسون وآخرون (32)	74	55
ارتوجرول & اولوج (33)	60	45
جينكينز & كارينتر سونغ (45)	90	96
كاريدي وآخرون (34)	150	32.5
لاي وآخرون (36)	72	73
لي وآخرون (37)	320	68
لوجاناثان & مورثي (46)	200	22.5
سبييتز وآخرون (47)	157	37.6
سويتاج (48)	153	69
ثورنيكروفت وآخرون (40)	732	47
ورنر وآخرون (49)	86	27.4
	3793	55.9
التفاعلات بين		
الأشخاص		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	60
كيشنيكي وآخرون (31)	202	87
التجنب		
جينكينز & كارينتر سونغ (45)	90	18.6
لي وآخرون (50)	320	48
أنجيرميير وآخرون (28)	101	51.5
كاريدي وآخرون (34)	150	32.5
سويتاج (48)	153	41.2
بوئا وآخرون (42)	100	58.0
ديكرسون وآخرون (32)	74	55
لوجاناثان & مورثي (46)	200	22.5
سويتاج (48)	153	69
بوئا وآخرون (42)	100	39
كيشنيكي وآخرون (31)	202	50
جينكينز & كارينتر سونغ (45)	90	47.7
كاريدي وآخرون (34)	150	10
لي وآخرون (37)	320	68
سويتاج (48)	153	59
	2659	49.9
الصورة العامة للمرضى		
النفسيين		
أنجيرميير وآخرون (28)	101	38
ديكرسون وآخرون (32)	74	43
لاي وآخرون (36)	72	46
سويتاج (48)	153	45



## تابع جدول رقم 2: انتشار الوصمة المُختبرة

الدراسة	N	الانتشار (%)
التمثيل في الأفلام الروائية أمور أخرى	101	40.6
أنجيرمبير وآخرون (28)	202	38
كيشنيكي وآخرون (31)	90	24.4
جينكينز & كارينترسونج (45)	153	63
سويتاج (48)	946	42.8
الدخول على الأدوار الاجتماعية المهنة	101	19
أنجيرمبير وآخرون (28)	86	29
بالدين & ماركوس (41)	202	31
كيشنيكي وآخرون (31)	90	36
جينكينز & كارينترسونج (45)	72	73
لاي وآخرون (36)	320	46.8
لي وآخرون (37)	732	29
ثورنيكروفت وآخرون (40)	101	21.6
أنجيرمبير وآخرون (28)	202	42
كيشنيكي وآخرون (31)	90	32.6
جينكينز & كارينترسونج (45)	732	27
ثورنيكروفت وآخرون (40)	732	47
ثورنيكروفت وآخرون (40)	4192	36.9
التميز المهيكّل التأمين	101	15.8
أنجيرمبير وآخرون (28)	72	40
لاي وآخرون (36)	101	13.9
أنجيرمبير وآخرون (28)	320	44
لي وآخرون (50)	202	6
كيشنيكي وآخرون (31)	796	26.6

للحصول على نسبة إجمالية، تم قياس القيم المتوسطة لعدد الحالات المُشملة في دراسة معينة

## جدول رقم 3: انتشار الوصمة الذاتية/الوصمة الداخلية

الدراسة	N	الانتشار (%)
وصمة ذاتية عامة	904	41.7
خجل العزلة	100	77
لاي وآخرون (36)	72	47
سيبيتز وآخرون (47)	157	43.9
ورنر وآخرون (49)	86	27.9
415	49.2	
تأييد الصور النمطية / الموافقة	100	42
بوئا وآخرون (42)	157	15.2
سيبيتز وآخرون (47)	86	30
ورنر وآخرون (49)	343	26.8
الشعور بالنقص ونقص التقدير الذاتي	90	20.9
جينكينز & كارينترسونج (45)	72	53
لاي وآخرون (36)	162	35.2
مقاومة الوصمة	100	84
بوئا وآخرون (42)	904	49.2
بروهان وآخرون (43)	157	63.3
سيبيتز وآخرون (47)	86	32.5
ورنر وآخرون (49)	1247	52.6

للحصول على نسبة إجمالية، تم قياس القيم المتوسطة لعدد الحالات المُشملة في دراسة معينة

## نتائج إضافية

لم تنتج محاضراتنا العديد من الدراسات التي تختص بمقارنة معلومات المرضى في العديد من مراحل المرض (أي بادرة الأعراض الأولية والنوبة الأولى والفصام المتعدد النوبات)؛ فقد قدمت دراستان فقط تقارير صريحة عن الروابط بين الوصمة الذاتية في أول أحداث الذهان (39,60). وقد أظهر المرضى في النوبة الأولى من العينات الشديدة وصمة مُدركة عالية وذلك عندما كانوا يعانون من القلق الاجتماعي (60)، ولم يختلف هذا الأمر عن نتائج العلاقة بين الوصمة الذاتية والقلق الاجتماعي في عينة من المرضى الكبار السن والذين يمرون بالعديد من أحداث المرض (متوسط العمر 64.7، 66 (SD=8.7)). وبطريقة مشابهة، كانت نتائج العينة الثانية من المرضى الذين يمرون بالنوبة الأولى من الذهان، تهتم بمعدلات الانتشار والعلاقة بين الأعراض الإيجابية والوصمة المُدركة (39)، ولم تختلف هذه النتائج عن تلك الخاصة بالمرضى في المراحل المتقدمة من المرض (53, 48, 5).

وفيما يخص التدخلات التي تستهدف الوصمة الذاتية بصفة خاصة، أنتج البحث تجربتين فقط. أثبتت الدراسة الأولى عدم وجود تأثير للتمييز المُدرك على العلاج السلوكي المعرفي المكون من ستة أسابيع لـ 21 مريضاً يعانون من الفصام، يليها 18 أسبوعاً، إلا أنها وجدت تطوراً هاماً في تقدير الذات (78)، ولم يتم تضمين مجموعة تحكم. وقد قامت الدراسة الثانية، وهي عبارة عن تجربة عشوائية مُحكمة، بفحص تأثير برنامج التعليم النفسي والذي يراعى الناحية الثقافية والمكون من 10 أسابيع، على الوصمة المُدركة على 48 مريضاً يعانون من الفصام، وقد عثرت هذه الدراسة على انخفاض في مجموع التميز المُدرك ومهارات مواجهه أعلى في مجموعة الاختبار (79).

## المناقشة

تدل نتائج هذه المراجعة المنهجية على أن الوصمة المُدركة والمُختبرة وأيضاً الوصمة الذاتية ما هي إلا ظواهر تخص النسب العالية من المرضى الذين يعانون من اضطرابات أطياف الفصام؛ فلدى حوالي 64.5% وصمة مُدركة و55.9% وصمة مُختبرة وقد أدلى حوالي 49.2% بشعورهم بالعزلة (الخجل) كجانب من جوانب الوصمة الأكثر شهرة.

وترتبط المتغيرات الديمغرافية الاجتماعية، وبصورة هامشية، بالوصمة الذاتية، هذا وبالرغم من أنه قد تم اكتشاف دلائل على روابط هامة بالثقافة. ومن الناحية الأخرى، إن العوامل الاجتماعية النفسية، مثل جودة الحياة التي ترتبط وبشكل مُعاكس بالوصمة الذاتية، هي بمثابة الدليل، وأن صورة التغيرات المرتبطة بالمرض بالأمر المشكوك فيه، فمن ناحية، لقد أظهر السن عند البداية ومدة المرض وعدد مرات الاحتجاز بالمستشفى، روابط متناقضة أو هامة للوصمة الذاتية والتي لا بد من فحصها أكثر، وعلى الناحية الأخرى، وجدنا أن الأعراض الإيجابية والاكتئاب والعلاج النفسي العام يرتبط بصورة أساسية بالوصمة الذاتية، لكن لم يرتبط المتغير المتعلق بالمرض، وبصورة مشكوك فيها، بالوصمة الذاتية، باستثناء في القلق الاجتماعي والذي تم تقييمه فقط في دراستين، واحدة قامت على الوصمة المُدركة (60) والأخرى قامت على الوصمة الذاتية (66). تتماشى هذه النتائج مع دراسة أخرى تم استبعادها من استعراضنا، وذلك بسبب تغيرات عيناتها (80)، لكن ارتباط الاكتئاب

#### جدول رقم 4: مستوى دلالات ارتباطات المتغيرات المحددة مع الوصمة الذاتية

روابط الوصمة الذاتية	روابط الوصمة المدركة/المختبرة	المجموعات الموجودة عوامل الخطر (ارتباطات ايجابية)
تجنب الضرر (53) أعراض ايجابية (65, 64, 12) العلاج النفسي العام (34) القلق الاجتماعي التجنب الاجتماعي (12)	الثقافة (52) الوصمة التي يدركها الأقارب (52) وتطور وصمة المريض (52) الاعتقاد بأن المعاناة هي مرض (52) بسبب السمعة (52) أو الأرواح الشريرة (52) عدد أي معتقدات سببية طبية كانت أو غير طبية (52) تشخيص الفصام (28,55)	
الانسحاب كاستراتيجية مواجهه (12) الفتنة في ظل تأثير العلاج (67) خبرات التمييز (62) عدم الراحة العاطفية (64)	الأعراض الايجابية (5,32,33,35,39,48,52,56,57) العلاج النفسي العام (33,35,48,56,57) الاكتئاب (32,35,48, 59-57) أو الشعور بالذنب (62) القلق الاجتماعي (60) العجز (33) استراتيجيات المواجهة: الانسحاب (35,57) أو التكتم (35,57) خبرات التمييز (62) التكامل الاجتماعي (32,58,61) جودة الحياة (32,48,55,58,59,61,63) العتاء (57,58) تقدير الذات (30,47,59) والكفاءة الذاتية (35,57) الرضا المادي (32) الدعم (63) السيطرة (63)	العوامل الوقائية (الروابط السلبية)
توجيه الذات (53) والإصرار (53) التكامل الاجتماعي (64) والدعم (72) الإنعان للعلاج (67-70) الأمل (65-71) والعتاء (58) جودة الحياة (58,65,72,73) تقدير الذات (12,54,47,49) الأداء الاجتماعي (43,62) والمهني (73) التعافي (62,74)	التزوج (33,48,58) الوحدة (48,58) التعليم (32,33,40,48) الفئة العمرية (33,35,48,52,56,58) الذكور (5,32,33,35,40,48,52,58) العرق (5) الإقامة (52) التوظيف (32,41,52) والدخل (33,35,40,48,52) عدد أنظمة العلاج المستخدمة (52) نوع المستشفى (40,48) الاعتقاد بأن المرض هو عقاب من الله (52)، السحر الأسود (52) الاعتقاد بأن المرض لابد أن يعالجه طبيب/مستشفى (52) أو المعالج التقليدي (52) أو الشامان (الطبيب الساحر) (52) أو بالذهاب إلى المعابد/أماكن العبادة (52) عدد أي معتقدات سببية طبية كانت أو غير طبية (52) مدة العلاج (58, 48) عدد مرات الاحتجاز بالمستشفى (58, 48) الأعراض السلبية (5,32,33,35,48,52,56) الفتنة (32,35,40,74)	غياب الروابط
الفئة العمرية (10,34,49,54,58,64,65,75) الذكور (10,34,45,58) السن عند بداية الفصام/ النوبة الأولى (12,34,58,65) مدة العلاج (34,58) الاكتئاب (12,58) الأعراض السلبية (64,65)	السن عند بداية الفصام/ النوبة الأولى (48,58) الإنعان للعلاج (38,59) الأداء الاجتماعي (5,32,58,62)	نتائج مختلطة/ غير واضحة

الملاحظات محل مقارنات المجموعة الكمية، وبالتالي فيبقى تطوّر وتأثير الوصمة الذاتية في مراحل المرض المبكرة بمثابة سؤال بحثي مفتوح هام، خاصة في ظل وجود التركيز الحالي على التعريف المبكر والوقاية من اضطرابات أطياف الفصام، والاهتمام بالوصمة العامة وبصفة خاصة الوصمة الذاتية الخاصة بالبالغين والشباب، الذين يُمكن تسميته باضطراب قد لا يظهر عليهم أبداً. إن مثل هذا البحث بالأمر المُلح، خاصة في ظل توافر مقدمة متلازمة الذهان الضعيفة في القسم الثالث من الـ DSM-5 (81).

لقد قام البحث الأدبي بتعريف دراستين فقط تركزا على تطوير أو نمو

والقلق الاجتماعي بالوصمة الذاتية قد يكون اصطناعي، بمعنى أنه يميل الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب إلى أدراك تفاعلات بيئتهم الاجتماعية بطريقة سلبية، ففي هذه الحالة يكون إدراك الوصمة كعرض كامن وراء المرض، بدلا من كونها متغير مستقل.

لم نتمكن من تعريف دراسة واحدة تُخاطب الاختلافات التي تخص تأثير الوصمة الذاتية على المرضى في مختلف مراحل المرض؛ فقد أدلت الدراسات الوحيدتان (39، 60) اللائي يخاطبان وبصرامة عينات المرضى الذين يمرون بأول أحداث المرض، بنتائج تتشابه مع نتائج مجموعة من المرضى الذين يعانون بشدة، إلا أنه لا يُمكن أن تحل هذه

عمل البحث الوصفي المطلوب على العوامل والخصائص الكامنة، وذلك للإبلاغ عن تطوّر هذه التدخلات، وذلك بعد مرور عشرة سنوات من دعوة لينك وفيلان لتطوير «التدخلات المتعددة الأوجه والمستويات» بغرض إنتاج «تغيير حقيقي» (21)، لكن أن تتضمن العملي لهذه التدخلات هو الخطوة الهامة الثانية، وذلك بغرض السعي إلى تقريب النتائج عن طريق تكامل وأداء اجتماعي أفضل، ونحن نأمل أن يرى العقد التالي خطوات واسعة في هذا الاتجاه.

### شكر خاص

لقد تم تدعيم هذه الدراسة جزئياً من جانب المركز النفسي المتطور بمستشفى زوكرو هيلسايد للأبحاث في التدخلات والخدمات لدراسة الفصام، والمنحة المقدمة من (MH090590) المعهد الوطني للصحة النفسية.

### المراجع:

1. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:276-84.
2. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76.
3. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-33.
4. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv* 2005;56:544-50.
5. Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW. Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophr Res* 2000;45:37-45.
6. Penn DL, Kommana S, Mansfield M et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull* 1999;25:437-46.
7. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
8. Mueller B, Nordt C, Lauber C et al. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2006;62:39-49.
9. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q* 2002;73:217-28.
10. Mak WW, Wu CF. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1800-2.
11. McCann TV, Clark E. Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:12-20.
12. Yanos PT, Roe D, Markus K et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery

التدخلات التي تهدف إلى تقليص الوصمة الذاتية لدى مرضى أطياف الفصام، وعلى الصعيد الآخر، إن هذا بالأمر المدهش، خاصة في ظل توافر كم كبير من الأبحاث عن المتغيرات داخل الشخص نفسه والمتغيرات بين الأشخاص والتي تشكّل الوصمة الذاتية، وأيضاً، تأثيراتها السلبية، والتي يُمكنها أن تقود إلى تطوّر هذه التدخلات. في حقيقة الأمر، لقد قامت العديد من الدراسات المتضمنة في هذا الاستعراض بمناقشة الآثار المترتبة على تطوير التدخلات العلاجية (30)، ويتناقض هذا الأمر مع العديد من التدخلات التي تهدف إلى تقليص الوصمة العامة (6,7)، وعلى الناحية الأخرى، قد يكون تركيزنا على العينات التي تعاني من اضطرابات طيف الفصام، قد عمل على استبعاد الدراسات التي تمت على عينات عامة من المرضى النفسيين، بالإضافة إلى ذلك، قد نكون أهملنا الدراسات التي استهدفت الوصمة بشكل مباشر وبدون ذكرها صراحةً، لكن ومع ذلك، إن قلة التدخلات التي تستهدف الوصمة الذاتية كانت بالأمر المذهل، وبالتالي وبالرغم من أن التدخلات النفسية غالباً ما تتضمن الموضوع العام للوصمة العامة والوصمة الذاتية المرتبطة بالفصام وبغيرها من تقنيات التدخلات، إلا أن نتائج هذا الاستعراض تؤكد الاحتياج إلى تدخلات، وخاصة تلك التي تستهدف قبول الوصمة وتعاون المرضى وزيادة مقاومة الوصمة بين المرضى. إن هذا الأمر وثيق الصلة بالموضوع، خاصة أن نجاح المبادرات المكافحة للوصمة والتي كانت تستهدف تقليص الوصمة العامة، بالأمر المحدود (82، 83). وعلى الناحية الأخرى، تقترح دراسة تجريبية واحدة قامت على الأفراد ذي مخاطر ذهان سريرية مرتفعة، أن التعليم النفسي العام يُمكن أن يُساعد في عملية تقليص الوصمة الذاتية، والتي لم تكن تركيزاً أولياً في هذه الدراسة (84).

### جدول رقم 5: الوصمة الذاتية كمنبأ عن النتائج

الوصمة المُدرّكة / المُختبرة	الوصمة الذاتية
الاكتئاب (58)	الاكتئاب (58)
القلق الاجتماعي (60)	القلق الاجتماعي (66)
الانسحاب (35)	جودة الحياة (72)
التكتم (35)	تقدير الذات (12)
جودة الحياة (63)	الأداء الاجتماعي (43,62)
الأداء الاجتماعي (62)	الأمل (71)
الكفاءة الذاتية (35)	الأداء المهني (73)
تقدير الذات (77)	التعافي (75)
الدعم (63)	الدعم (72)
السيطرة (63)	الإذعان للعلاج: المواظبة (67)
	الإذعان للعلاج المُشاركة (69)

لا بد أن تُخاطب نتائج هذا الاستعراض في ظل محدوديته، وتشمل هذه أحجام العينة الصغيرة في عدد من الدراسات المُتضمنة واستخدام تصاميم متنوعة ومقاييس تقديرية واختيار نتيجة متجانسة بصفة دائمة ومنبأت متغيرة، وما هو أكثر من ذلك هو أن مجموعات المقارنة ليست بالأمر المتوافر، مما يستبعد تقييم الاختلافات الكمية أو الخصوصية لنتائج مرضى اضطرابات طيف الفصام، بالمقارنة مع الاضطرابات النفسية الأخرى.

وفي خلاصة الأمر، إن الوصمة المُدرّكة والمُختبرة، وأيضاً الوصمة الذاتية، أمور متكررة الحدوث في حالات اضطرابات طيف الفصام. لقد تم



- and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:643- 50.
32. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE et al. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:143-55.
  33. Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:73- 7.
  34. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C et al. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:19-30.
  35. Kleim B, Vauth R, Adam G et al. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *J Mental Health* 2008;17:482-91.
  36. Lai YM, Hong CP, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2001;42:111-4.
  37. Lee S, Lee MT, Chiu MY et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2005;186:153-7.
  38. McCann TV, Boardman G, Clark E et al. Risk profiles for nonadherence to antipsychotic medications. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:622-9.
  39. Tarrier N, Khan S, Cater J et al. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:29-35.
  40. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-15.
  41. Baldwin ML, Marcus SC. Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:388-92.
  42. Botha UA, Koen L, Niehaus DJ. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41: 619-23.
  43. Brohan E, Elgie R, Sartorius N et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122:232-8.
  44. Chee CY, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital: a Singapore study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:648-53.
  45. Jenkins JH, Carpenter-Song EA. Awareness of stigma among persons with schizophrenia: marking the contexts of lived experience. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:520-9.
  46. Loganathan S, Murthy SR. Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2008;50:39-46.
  47. Sibitz I, Unger A, Woppmann A et al. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;37:316-23.
  48. Switaj P, Wciorka J, Smolarska-Switaj J et al. Extent in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:1437-42.
  13. Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Health* 2010;19:318-27.
  14. Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: a risk-benefit analysis. *Schizophr Res* 2010;120:16-22.
  15. Linscott RJ, Cross FV. The burden of awareness of psychometric risk for schizophrenia. *Psychiatry Res* 2009;166:184-91.
  16. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG et al. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. *Schizophr Res* 2010;120:42-8.
  17. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.
  18. Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* 2011;10:165-74.
  19. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W et al. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis. *Eur Psychiatry* 2005;20:1-6.
  20. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.
  21. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363-85.
  22. Corrigan PA, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
  23. Lebel T. Perceptions of and responses to stigma. *Sociol Comp* 2008;2:409-32.
  24. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:16-20.
  25. Brohan E, Slade M, Clement S et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res* 2010;10:80-91.
  26. Link BG, Yang LH, Phelan JC et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004;30:511-41.
  27. Harrison J, Gill A. The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:242-50.
  28. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S et al. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:153-62.
  29. Luchins DJ. At issue: will the term brain disease reduce stigma and promote parity for mental illnesses? *Schizophr Bull* 2004; 30:1043-8.
  30. Berge M, Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Manag J* 2005;6:139-44.
  31. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielanska A. Anticipated

- schizophrenia in Taiwan. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:494-500.
64. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM et al. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res* 2007;149:89-95.
  65. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33:192-9.
  66. Lysaker PH, Yanos PT, Outcalt J et al. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010;4:41-8.
  67. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:561-8.
  68. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:95-104.
  69. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;180:10-5.
  70. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:561-9.
  71. Lysaker PH, Salyers MP, Tsai J et al. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *J Rehabil Res Dev* 2008;45:911-9.
  72. Ho WW, Chiu MY, Lo WT et al. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:71-84.
  73. Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia- spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2010;178:211-3.
  74. Pyne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:146-53.
  75. Lysaker PH, Buck KD, Taylor AC et al. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008;157:31-8.
  76. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and sociodemographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:3-14.
  77. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S et al. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:1621-6.
  - and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24:513-20.
  49. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008;20:174-87.
  50. Lee S, Chiu MY, Tsang A et al. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2006;62:1685-96.
  51. Jenkins JH, Carpenter-Song EA. Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis. *Med Anthropol Q* 2008;22:381-409.
  52. Charles H, Manoranjitham SD, Jacob KS. Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, South India. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53:325-32.
  53. Margetic BA, Jakovljevic M, Ivanec D et al. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:603-6.
  54. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P et al. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;98:194-200.
  55. Lundberg B, Hansson L, Wentz E et al. Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:516-22.
  56. Margetic B, Aukst-Margetic B, Ivanec D et al. Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:502-13.
  57. Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
  58. Sibitz I, Amering M, Unger A et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:28-33.
  59. Staring AB, Van der Gaag M, Van den BergeMet al. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009;115:363-9.
  60. Birchwood M, Trower P, Brunet K et al. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007;45:1025-37.
  61. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994;39:155-64.
  62. Munoz M, Sanz M, Perez-Santos E et al. Proposal of a socio-cognitive- behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res* 2010;186:402-8.
  63. Hsiung PC, Pan AW, Liu SK et al. Mastery and stigma in predicting the subjective quality of life of patients with

82. Gaebel W, Zaské H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.
83. Rosen A, Walter G, Casey D et al. Combatting psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australas Psychiatry* 2000;8:19-26.
84. Hauser M, Lautenschlager M, Gudlowski Y et al. Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia – an exploratory pilot study. *Patient Educ Couns* 2009;76:138-42.
78. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behav Cogn Psychother* 2006;34:305-18.
79. Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53:1125-31.
80. Rusch N, Corrigan PW, Powell K et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res* 2009;110:65-71.
81. Correll CU, Hauser M, Auther AM et al. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:390-431.

DOI 10.1002/wps.20040